



.....
Miejscowość, data

WNIOSEK O DOKONANIE REFUNDACJI KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM DO LAT 7/ OSOBĄ ZALEŻNĄ*

1. Imię i nazwisko Wnioskodawcy.....

2. Adres zamieszkania.....

W związku z moim uczestnictwem w projekcie „Stop bierności, czas aktywności 2” nr wniosku WND-RPSL.07.01.03-24-03F9/18 i możliwością ubiegania się o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/osobą zależną* zwracam się z prośbą o zwrot ponoszonych przeze mnie kosztów związanych z zapewnieniem opieki w okresie mojego uczestnictwa w szkoleniu zawodowym/stażu.

W związku z udziałem w szkoleniu/stażu poniosłam koszty opieki nad dzieckiem. W czasie szkolenia/stażu nie posiadałam osoby dorosłej do opieki nad dzieckiem
(imię i nazwisko, wiek dziecka).

Oświadczam, że:

- w dniach uczestniczyłam w szkoleniu/stażu zawodowym w ramach projektu „Stop bierności, czas aktywności 2” nr wniosku WND-RPSL.07.01.03-24-03F9/18

- koszt miesięcznej/dziennej/godzinowej* opieki wynosił zł

Należną mi kwotę refundacji kosztów:

proszę przekazać na moje konto nr.....
w.....
(nazwa banku)

odbiorę osobiście w wyznaczonym terminie.

Przyjmuję do wiadomości, iż maksymalna kwota zwrotu w ujęciu miesięcznym nie może przekroczyć 423,90 zł (zgodnie z Ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy).

.....
(czytelny podpis uczestnika projektu)

Załączniki:

Rachunek (faktura) poniesionych kosztów.

Oświadczenie odnośnie stanu zdrowia osoby zależnej – zapis świadczący, że osoba jest zależna oraz potwierdzający stopień pokrewieństwa lub powinowactwa (dotyczy opieki nad osobą zależną).

Dowód wpłaty z tytułu poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/osobą zależną.

* Niepotrzebne skreślić



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Wypełnia Realizator Projektu

Potwierdzam, iż Pan/Pani
uczęszczała na szkoleniu zawodowym/stażu, za który rozlicza koszty opieki nad dzieckiem do lat 7 /osobą zależną w ramach projektu „Stop bierności, czas aktywności 2” nr wniosku WND-RPSL.07.01.03-24-03F9/18 w podanych przez Uczestnika Projektu dniach.

Zatwierdzam do wypłaty kwotę.....
słownie:.....

.....

Data i podpis